

INFORMATIONS A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Traitement :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La facture radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Information | : contact@mupras.com |
| en charge | : pec@mupras.com |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La Mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société : 112647

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DIVA BENAMAR épouse BELGAZOUR

Date de naissance :

23-57

Adresse : 54 Rue Imran Al Harouni Appart 1 1^{er} étage CASA

Tél. : 0669.373031 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DIVA BENAMAR Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

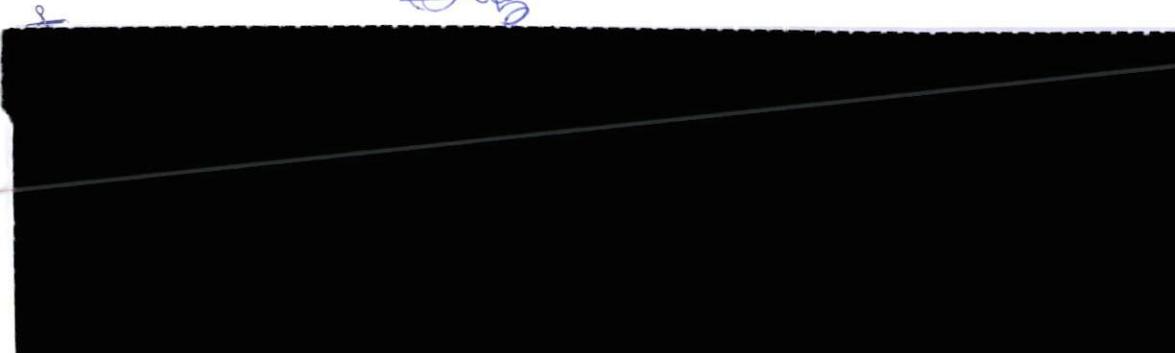
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 20/03/2019

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/2022	303.40

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DE LA SOUScription

Le praticien : AVLOCARDYL 40MG
P.R. : 21/03/2022
Im : 03/2024
Ve : 119000 010227

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

en cas de : la dent tronquée

6 118001 090280

30 قص لا يتاثر بضمضة الماء

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------

UT.AV : 0 2 2 4 P.P.V.
LOT N° : F F 9 1 0 89,20

UT.AV : 0 2 2 4 P.P.V.
LOT N° : H 5 0 2 89,20

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O

RE

RELEVE

Le praticien : M. EL HADJ ZEIDOU
Im. : 118000 010227
Ve : 6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V : 41DH80

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

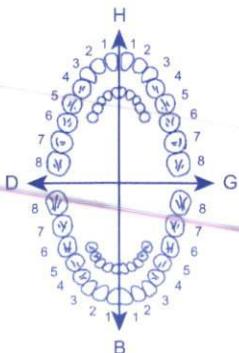
Lot n° :

EXP :

PPV : 55DH50

30 قرص لا يتأثر بمحضنة الماء

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées Nature des Soins

Coefficient

UT.AV : 0 0 2 0 2 4

P.P.V.

8 9 2 0

LOT N° :

89,20

UT.AV : 0 0 2 0 2 4

P.P.V.

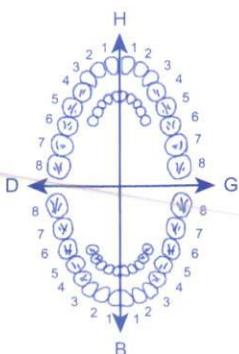
8 9 2 0

LOT N° :

89,20

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRESDETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553

B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE N°

Date 20/03/22

M. Ben Aïn Dine

DOIT

MODE DE PAIEMENT : ESPECES CHEQUE TRAITE

DATE DE REGLEMENT : _____

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
2	MYlor	89.20	178.40
1	cardio Aspre	27.70	27.70
1	cornil	55.50	55.50
1	Wlocaudyl	41.80	41.80
			<u>303,40</u>

Pharmacie Universitaire Sainte
 Hélène - 100 Rue Sainte-Hélène Ouest
 1000 Bruxelles - Belgique

